

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「意思決定プロセス・ガイドライン」

人生の最終段階の意思決定に関する

総論

講義

- 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説、及び臨床現場への応用

到達目標

- フレイル状態が高齢者の意思決定支援においてなぜ難しいのかを理解する
- プロセスガイドラインの経緯と全体像について理解している
- プロセスガイドラインのコンセプトについて理解している
- 患者、多職種間それぞれの認識や価値の違いについて理解している

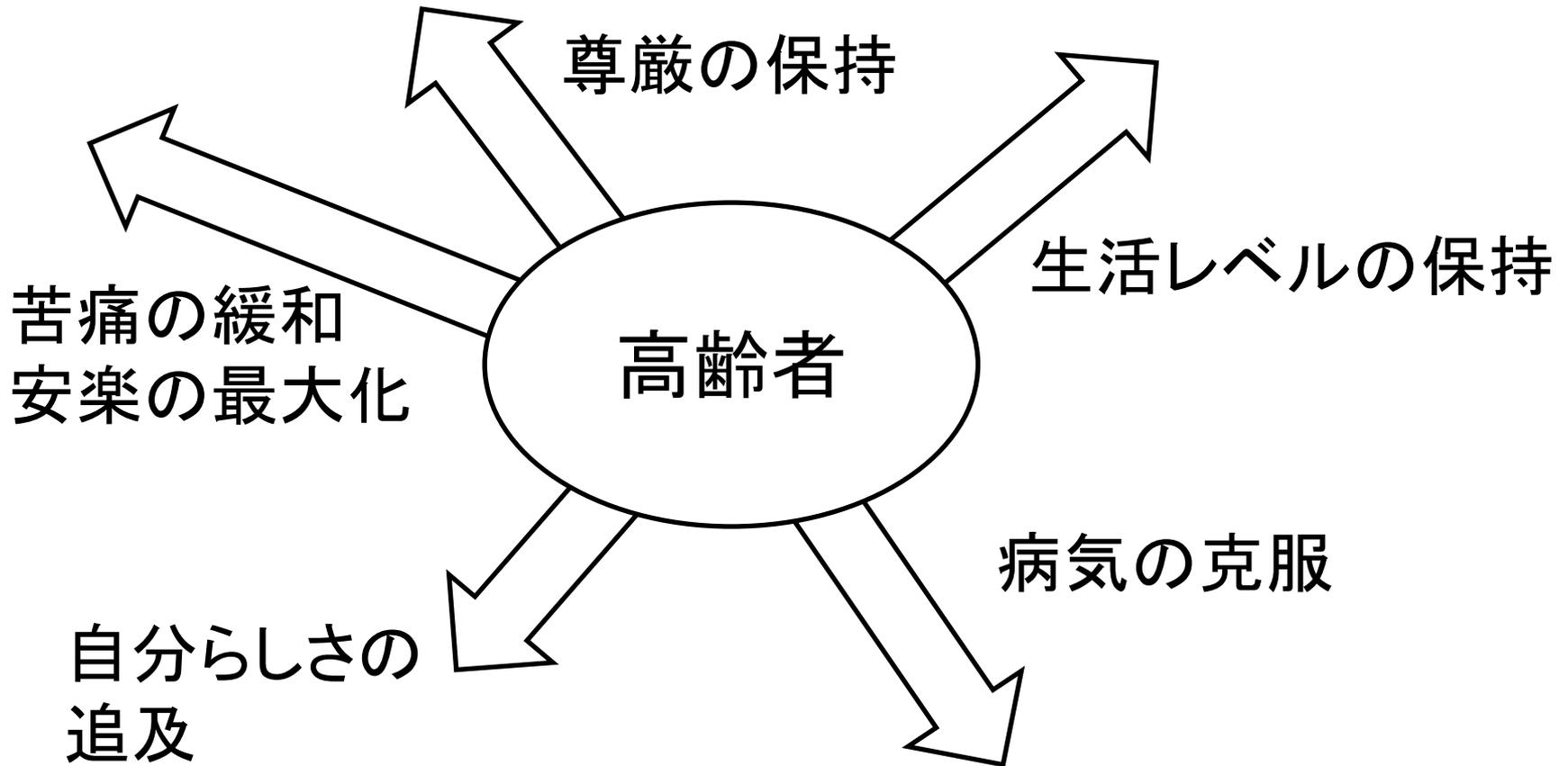
高齢者ケアの特徴

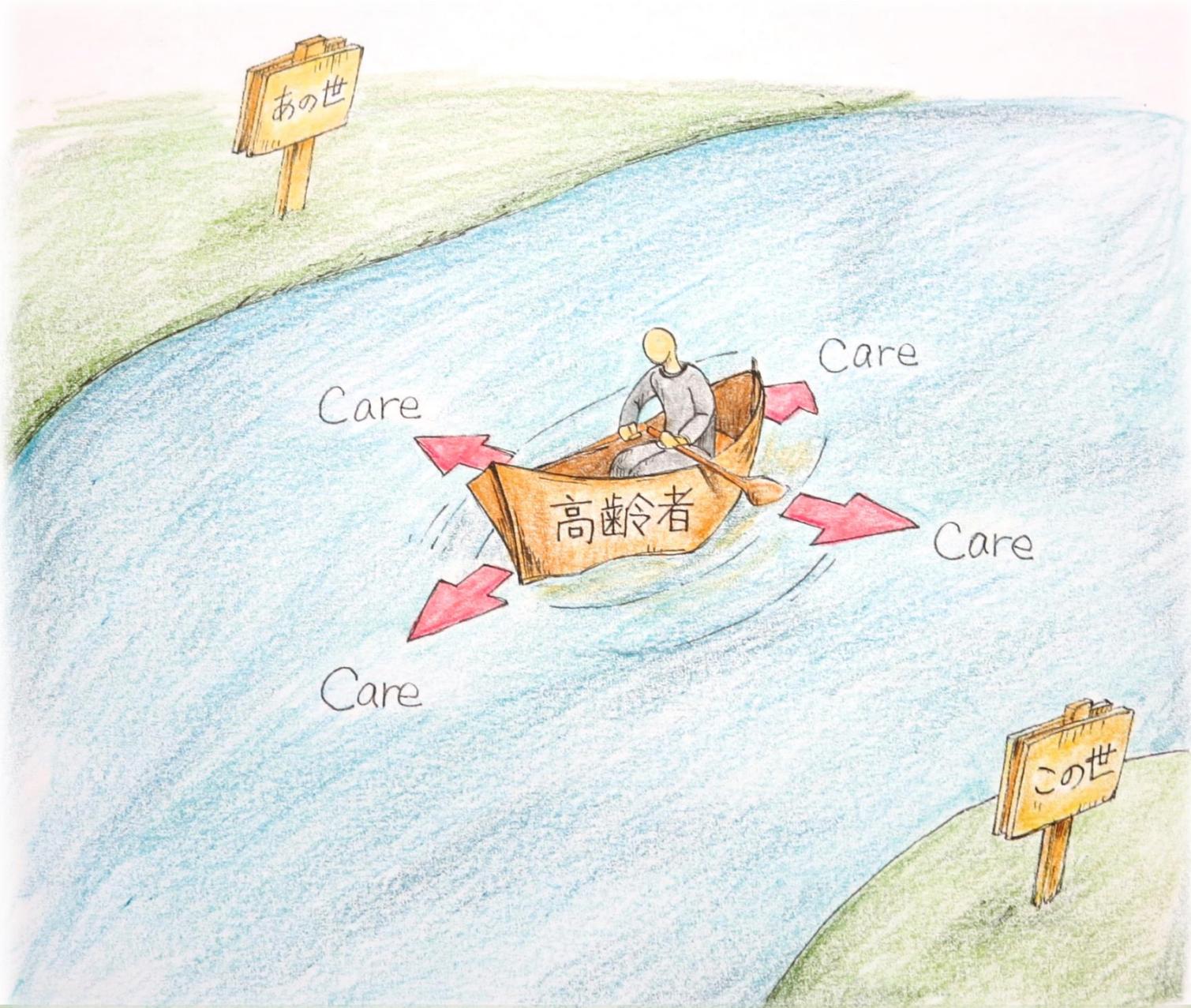
- 「病気がなくなること」「死なないこと」「数値が正常であること」にとらわれ過ぎると、よいケアができない
- 日常生活障害や苦痛が重要なアウトカム
- 病院でのケアは長い物語の一部としてとらえる
- 1か月後、半年後、3年後に「誰と」「どこで」「どうやって」患者さんが暮らしているかをイメージした今現在のケア
- 再発予防を常に考える
- 良かれ悪しかれ、家族を巻き込んでいく

「人生の最終段階における医療」 に関する合意形成が難しい理由

- 患者本人の意向を確認できない場合が多い
- 多くの「利益」「不利益」ベクトルが存在する
- 多くの場合、医療が提供する利益に限界が大きい
- 患者自身の利益以外にも考慮する事項がありうる
- 「はじめないこと」と「やめること」の規範的根拠が不明確

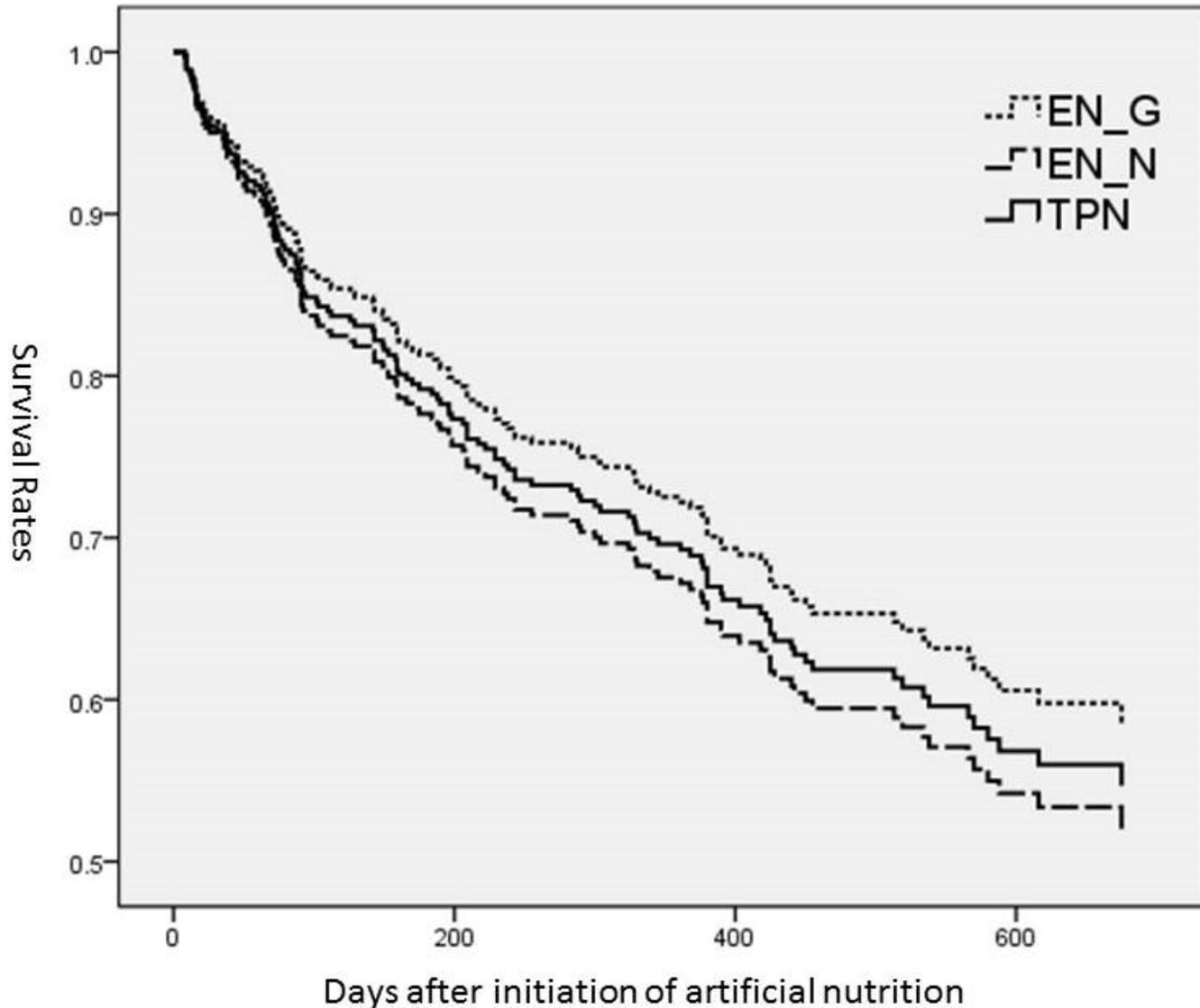
同時に複数存在する 高齢者ケアの目的





Survival Curves of the three nutrition cohorts with neurological diseases:

Cox proportional hazards model

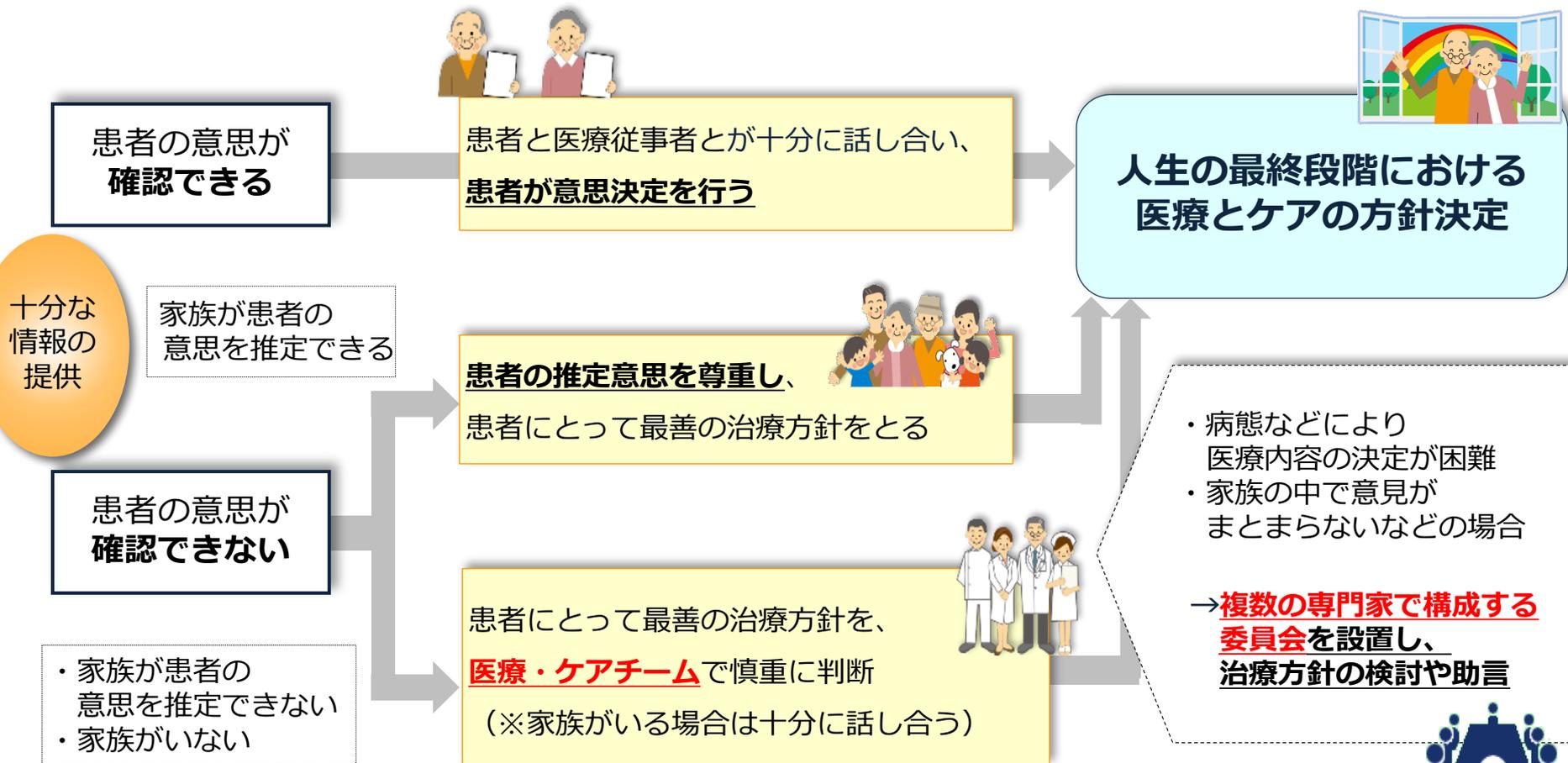


胃ろう
中心静脈栄養
経鼻経管栄養

Bito S, Yamamoto T, Tominaga H . Prospective Cohort Study Comparing the Effects of Different Artificial Nutrition Methods on Long-Term Survival in the Elderly: Japan Assessment Study on Procedures and Outcomes of Artificial Nutrition (JAPOAN). JPEN J Parenter Enteral Nutr.

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



プロセス・ガイドラインの経緯

- **1987年**以来：5年毎に厚生労働省検討会
- **1993年**：末期医療に関する国民の意識調査等検討会（垣添忠生座長）
- **1994年**：日本学術会議死と医療特別委員会、意見表明「尊厳死について」平成6年5月26日
- **1995年**：東海大学附属病院事件横浜地裁判決
- **1997年**：末期医療に関する意識調査等検討会（末舛恵一座長）

プロセス・ガイドラインの経緯

- **2002年**：終末期医療に関する調査等検討会（町野朔座長）
- **2006年**：射水市民病院事件の報道
- **2007年 2月**：川崎協同病院事件高裁判決（執行猶予を半分に減刑/ 指針、立法の必要性を強調）
- **2007年 5月**：厚生労働省・最初のガイドライン

プロセス・ガイドラインの骨子

- 一人で決めない、一度に決めない
- 患者と医療者との十分な対話
- そのうえでの患者の意思の尊重
- 医療者内では、多職種で相談
- 患者自身の意思が確認できないときは
 - 家族も含め患者の意思を推定しそれを尊重
 - 多職種のチームで関わる
 - 判断が難しい場合は、多職種専門チームから助言を得る

プロセス・ガイドライン： 全体について配慮すべきこと

- 「患者にとって最善の利益にかなう選択は何か？」を常に中心におく
- 「よいこと」の理解は相対的であることについて関係者がお互い理解する
- 意思決定のよりどころとなる倫理規範を明確にする
- 海外も含めた過去の事例を参考にする
- 倫理判断においては、逆説的に「医学的利益」が軽視されがちになることも念頭に入れる
- 自分が関与した決断を振り返る習慣を持つ

プロセス・ガイドライン： 手順について

- 一人で決めない
 - 1：1の関係から開かれた関係へ
 - チームで相談したとしても、ある特定の人声が支配的になりすぎているかを確認
- 一度に決めない
 - 人は迷い、惑うもの
 - 決断を保留するという決断も重要
 - 一度決めた決断を撤回できることを保証する
- 専門チームへのコンサルテーション
 - 必ずしも「倫理委員会」である必要はない
 - 必ずしもコンサルタントの推奨に従う必要はない

医療における目的・価値

The Goals of Medicine Setting New Priorities Hasting Center Report 1996, Nov-Dec. suppl. S1-S27.

- 疾病、傷害の予防と健康の維持促進
- 疾病や障害によって引き起こされる苦痛の緩和
- 疾病や障害を持つ人々の治療とケア、治癒させることができない疾病や障害を持つ人々に対するケア
- 寿命のまっとうと穏やかな死

倫理規範から見た根拠

- 自律尊重
- 与益最大化
- 不加害
- 正義・公正

なぜコンセンサスの形成が重要なのか？

与益最大化原則 曰…

「肺炎の治療を十分に行えばまた元気になる」

自律尊重原則 曰…

「本人が帰ると言っているのを尊重すべきだ」

肺炎で入院した88才の患者さん。入院後3日目に「もういやだ。家に帰る！」、と怒鳴っている。肺炎の状況はまだ入院が必要。帰宅とすべきか、鎮静や抑制を行って入院継続すべきか…？

不加害原則 曰…

「治療のためとはいえ、抑制を行うことは許されない」

公正原則 曰…

「この人だけに病棟の看護師を張り付きで担当はできない。」



患者の最善利益査定について 考慮されるべき要素

(BMA's handbook of ethics and lawより抜粋)

- (事前意思を含む) 患者自身の希望と価値観
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的事項等に関する患者の見解
- 患者が何を利益とみなすかに関する、患者に近い人々、親族、介護者、または代行意思決定者の見解
- 提案されている治療法と他の選択肢を考慮したうえでの相対的効果に関する臨床的評価
- 治療が行われた場合の改善の可能性と程度の大きさ
- 治療の侵襲性の正当性
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性